

令和元年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1690700131
法人名	ケアスタジオ株式会社
事業所名	グループホーム黒部
所在地	富山県黒部市吉田460-1
自己評価作成日	令和元年8月3日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

利用者様が住み慣れた地域で安心して笑顔で過ごせるよう、専門スタッフが個々に寄り添い支援をしています。  
 認知症ケアや外出レク、職員の資質向上に力を入れ、一人ひとりにあった介助やケアを行えるよう取り組んでいます。  
 また、アットホームな雰囲気作りを心掛け、利用者様が穏やかに楽しんで暮らせるホーム作りを目指しています。

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和元年8月21日	評価結果市町村受理日	令和元年9月26日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

入居者の方お一人お一人の思いに寄り添い、その方の自己実現に向け、管理者やスタッフがともに向き合い、日々のケアを通しその人らしい人生が送れるように本人・ご家族の意向を踏まえ、話し合いを重ね情報共有を密に持ちながら支援している。また、医師や看護師の連携が整い、入居者の方やご家族で希望された方に対し、最後まで安心して暮らせるように看取りケアの充実や看取りの勉強会などに力を入れ頑張っている。また、地域住民に向け行政機関と協力し、認知症ケアの研修会を行い、認知症における情報発信を地域に行うなど、みんなで支える認知症ケアの実現を目指すことに力を入れている。

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します。

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：2, 20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目：36, 37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

# 1 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	職員全員の意見をまとめ、新たにホームの理念を決めた。事務所やフロアに掲示し理念の共有・実践を図っている。	今年度新たにケアスタジオをモチーフとして職員で話し合いグループホームの理念を策定、各フロアに掲示している。管理者が中心となり、フロアミーティングの機会を利用し、問題発生時、職員本位になっていないか、本当に利用者のためなのか職員で考え話し合い、理念に沿ったケアの実践に繋げている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	年数回、ボランティアを依頼している。他にも、地域のお店へ買い物や食事に出掛けたりしている。また、天気の良い日には、近隣に散歩へ出掛けたり、近隣の人が野菜等を持ってきてくれている。	民生委員の方などから地域の情報を得て、近隣の保育園開催のバザーや地域行事、祭礼等へは利用者の方と一緒に参加している。また、地域の方も施設の行事に参加したり、畑で採れた野菜などのおくり物があるなど、日頃より双方向の交流が行われている。	近隣の小中学校の運動会に出かけたいと企画されているが、実際に具現化できる体制を整え、実現できるよう期待したい。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	問い合わせ時や申込み時、家族来訪時には相談を受けている。 地域のいきいきサロンで紙芝居を用いて認知症や認知症予防の話をしていただいた。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1度、運営推進会議を開催し、行政、地域、家族との意見交換、ホームの状況報告等を行い、サービス向上に繋げている。 開催案内や議事録は家族に送付している。	運営推進会議は2ヶ月に1回、中新川行政組合の職員、包括職員、民生委員、家族会代表、施設管理者等の参加で開催。入居者家族にはその都度会議の開催案内や、参加されなかったご家族には議事録を送付している。議題は日頃の活動報告、ヒヤリハットや事故の発生時間などグラフ化し、課題や対応についてご意見を頂き、運営に活かしている。	運営推進会議の内容が職員会議で口頭での報告のみとなっているので、職員がいつでも閲覧できるように取り組みに期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	去年同様の事を行っているほか、地域包括の職員と密な関係を築いている。事業所内研修の講師を紹介していただき、研修会にも参加していただいた。また、地域でのキャラバンメイトの依頼をされ、いきいきサロンで認知症の話をしていただいた。	運営推進会議に行政職員が必ず参加され、事業所の運営や取り組みについて情報共有がなされており、相談や助言をいただける関係を築いている。また、行政から「認知症サポーター養成講座」や「認知症カフェ」の合同開催を提案され協力するなど、協力関係が保たれている。市から派遣される介護相談員の訪問にも気軽に応じている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	職員会議や勉強会等で注意喚起を促し、常日頃から身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 事故報告やヒヤリハットを月ごとに集計し、発生時間帯を職員全員で把握・分析を行い、身体拘束をしない対応策を考え実施している。 日中は施錠せず、防犯上、夜間のみ施錠している。(21時～6時)	安全管理委員会が中心となり、身体拘束適正化のための指針をもとに基本方針が示され、マニュアル等も整備されていたが、今年度からは身体拘束廃止委員会が身体拘束廃止の明確な指針を委員会の中で議論し整備したり、合わせて職員に対し定期的な研修等を開催するための方針を話し合い実践に繋げている。	身体拘束廃止委員会での議事録を整備し、職員会議で口頭にて報告するだけでなく、いつでもどこでも閲覧できるよう工夫していく取り組みに期待したい。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	職員会議や勉強会等で注意喚起を促し、常日頃から虐待防止に努めている。 管理者やリーダーが外部研修等で学んできた事をアウトプットしている。また、事業所内で虐待が行われないよう注意を払っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者やケアマネ、リーダーは学ぶ機会を持っているが、その他の職員に対しては、まだ勉強会は行っていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	重要事項説明書、利用契約書、感染や個人情報取扱い、リスクについて等の説明を十分に行い同意を得ている。 不安や疑問点についても尋ねて返答している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者や家族からの意見は、会議やカンファレンス等を通じて職員に周知している。また、家族来訪時には、利用者の様子を細かくお知らせし、意見や要望を言いやすい雰囲気作りを心掛けている。また、広報誌やホームページを作成している。	運営推進会議や家族の面会時に積極的にコミュニケーションをとり、利用者の近況を伝えたり、意見や要望を聞き取っている。利用者からは日々の会話の中での思いや意向を個人ファイルの経過記録に記載し、日々のミーティングや連絡ノートで情報共有し、生活状況を踏まえて職員と家族の意思疎通を図りサービスに反映している。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	常に職員の声に耳を傾けるよう心掛け、業務についてのミニカンファレンスを行い、職員の業務改善案、サービス提供案等を反映している。 また、年2～3回ヒアリングを行っている。	職員は週2回のミニカンファレンスや月1回の職員会議等で意見や提案が出来る機会を持っている。管理者は機会があるごとに職員とコミュニケーションを図り、要望等の把握に努め、管理者会議にて相談・報告している。また、半年に1回自己評価を踏まえ管理者との面談等で積極的に意見や要望等を進言する機会があり、運営やサービスに反映されている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	代表者は年2回、人事考課を全職員対象で実施し、管理者や職員と個別面談を行い、個々の意見や業務への理解に努め、働きやすい環境作りに努めている。 また、外部研修にも積極的に参加してもらい、資格手当だけではなく、各種研修手当も支給している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内にて社内研修を定期的開催している。事業所より講師を選出し、知識・技術の向上に努めている。また、外部研修への参加機会も企画しており、参加者には研修報告書作成や会議時に報告する機会を設けている。(研修等の費用は会社が負担している。)		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	関連法人のグループホームとの連携・交流を図っている。外部同業者と交流会を行いネットワーク作りもしている。 また、今後は外部同業者との勉強会や施設訪問等を企画・実施し、自社の足りない部分を見出す機会を作り、職員の資質向上に繋げていく取り組みを計画している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前には必ず事前訪問を行い、本人の身体状態の確認や現在の精神状態、生活環境の確認を行っている。 また、家族や本人の意向や要望にも耳を傾け、リロケーションダメージが最小限でとどまるように配慮している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前に電話や面談を行い、本人や家族の意向・要望を聞き、不安な事やわからない事についてもその都度対応し、入所後も来訪時や電話で状態報告をし関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	事前訪問等で収集した情報をもとに、本人に必要な支援を把握するよう努めている。 また、入所後も職員間で情報共有し、本人の状態やそれに応じた必要な支援は何かを把握するため、担当職員を決め、適宜カンファレンスを開催している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事作業を一緒に行ったり、食事をともにしている他、普段の関わりで関係を築けるよう努めている。 また、本人の残存能力を活かせるよう個々に応じた支援を行っている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	来訪時や電話で本人の状態を報告し、情報共有している。 毎年、イベント(今年は秋祭り)を開催し、家族と本人がゆっくり楽しめる機会を確保している。 また、受診付添いや外出・外泊を行ってもらい、本人と家族の関わりが継続できるよう支援している。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族をはじめ、友人や知人が来訪しやすい雰囲気作りに努めている。 家族の協力も得て、外出時等に馴染みの場所や人との関係が途切れないよう支援できるように努めている。 また、馴染みの場所へのドライブも行っている。	家族の協力を得ながら、生地の芦崎の団子や三日市商店街など馴染みの場所へ買物にいく外出支援が実践されている。入居者は近隣の方が多いので、知人・友人が気軽に訪問できるよう声掛けや配慮があり、ゆっくりくつろげる環境づくりに留意して、馴染みの関係の継続が図れるような支援を行っている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者の相性を把握し、職員が間に入り、交流を持てるよう支援している。 隣接ユニットの利用者とも交流が持てるよう、合同行事を企画したり、常日頃から行き来できる環境を作っている。 また、利用者同士が関わるなかで、トラブルがおきないように職員が常に気を配っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	利用契約が終了しても、家族からの相談に対応している。 必要に応じて、病院や他事業所への情報提供を行っている。		
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	職員間で本人が発した言葉や行動を記録に残したり、担当者に伝えたりして情報共有を行い、利用者の思いや希望に沿った支援ができるよう努めている。 意思疎通困難な利用者に対しては、家族からの情報や本人の表情から情報を得て、利用者本位の支援ができるよう努めている。	センター方式のアセスメントシートを活用し情報を整理している。、利用者一人一人の思いや意向、ご家族の意向などは、個人ファイルの介護記録や連絡ノートに記載することで情報の共有に役立て、ミニカンファレンスで検討し、課題の抽出を行いケアプランに反映している。	本人の発した言葉や家族の要望や意見などが、記録を見ただけでわかるような記載の仕方を工夫し、介護を実践した結果どのように展開したのか明確に記録に残すことに期待したい。
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入所時に家族に暮らしのシートを記入してもらったり、来訪時に聞いたりして情報の把握に努めている。 また、入所後の関わりで、本人から情報を収集している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	本人の行動や言動等を記録に残し、変わったことがあればケア記録に記載し、常に職員間で申し送りし現状把握に努めている。 看護師と連携を図り、心身状態の把握にも努めている。 また、本人の残存能力を活かせるような支援を心掛けている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプラン作成前に担当者会議を行い、本人の状態、課題等を話し、本人に適したケアプランを作成できるよう心掛けている。また、ケアプラン更新後も課題が見えてきたら適宜ミニカンファレンスを行っている。 利用者担当をつけ、職員には自分の担当利用者を誰よりも知るよう指導している。	職員は居室担当が割り当てられプランの達成状況や新たな課題等を整理し、担当者会議で本人、家族の意向を踏まえ、本人の状態や課題について提案し、現実的に即したケアプランを作成している。プランの見直しは3ヶ月ごとに行われるが、利用者の状態の変化がある場合は、本人の意向に沿いながらプランの変更を行っている。	定期的にモニタリングを行い、プランの進捗状況を把握し、次のケアに繋げていくためにも記録の整備に期待したい。
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	本人の行動や言動、変化、対応を記録に残したり、申し送りをしたりして職員間で情報共有し実践に活かすようにしている。 また、適宜ミニカンファレンスを行い、新たな課題に対応するようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われな、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	医療連携加算や居宅療養管理指導、受診時連絡表、受診同行等を行い、利用者の健康管理や状態変化時に早期対応をしている。 また、外食や買い物、ドライブ等、利用者の希望に柔軟に対応できるよう努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ボランティア受入れを行っている他、地域のお店へ買い物や外出に出掛け、地域との繋がりが持てるよう支援している。 地区のお祭りの時はホームに立ち寄ってもらい、地域の人と交流を持てる機会を作っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医は本人が今までかかっていた病院を受診してもらっている。変更時は本人や家族の希望を尊重している。 必要時には情報提供や受診同行を行い、適切な医療を受けられるよう支援している。 また、利用者の状態で気になる事がある時は、適宜、かかりつけ医に電話で相談している。	利用者・家族が希望するかかりつけ医を選択することができ、受診時には利用者の日頃の様子や体調等を「受診時連絡票」に記載し家族に持参して頂いている。病状変化に合わせ個々の利用者の主治医と連携し往診対応をお願いするなど、日頃の体調管理はもちろん、緊急時にも情報共有ができ、適切な医療が継続的に受けられるよう体制を整えている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	介護職は日々利用者に変化があった時は看護職に情報を伝え相談し指示を仰いでいる。 また、早期対応必要時はかかりつけ医、薬剤師にも連絡をし、適切な対応が行えるよう支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院になった時は、情報提供を行い、入院中は家族や地域医療連携室と細目に連絡を取りあい、状態が安定した頃に本人との面会を行い状態把握に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族には入居契約時に重度化対応・終末期ケア対応指針を説明し渡している。また、重度化や終末期に入る時には、家族やかかりつけ医と相談し、本人や家族の意向を尊重したうえで、事業所で行えることを家族に十分説明し、納得・同意のもと去年は2名のターミナルケアを行った。 職員への対応としては、外部講師を依頼し、少しでも職員の不安を軽減できるよう勉強会を開催した。	契約時「重度化した場合における対応に係る指針」に沿い、入居時、事業所として対応を説明し理解を得ている。重度化した場合は、主治医や御家族、本人の意向に沿いながら何度も話し合いを重ねて意思確認を行い、同意が得られた方に対し希望されれば看取りケアを行っている。看取りケアを実践するに当たり、職員に対し外部講師を招き勉強会を行ったり、主治医とも常に連携し、不安に思う事など相談できる体制を作っている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時対応マニュアルや対応手順を作成し、職員への周知を行っている。また、定期的に看護師による緊急時対応の勉強会を開催している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回、消防署員立会いで避難訓練を行っている。その際は、利用者にも参加してもらっている。 運営推進会議で町内会長や行政と避難場所等について話し合いを行ったが、現状、体制が整っていない為、地域の避難所へ避難するのは難しい。 自然災害を想定した訓練は行っていない為、今後、計画・実施していきたい。	消防署の協力を得て、年2回(日中・夜間想定)利用者と一緒に訓練を実施している。近隣の方へは運営推進会議で町内会長を通し訓練日程等を発信している。また、会議の中で行政を交えて避難場所の検討等話し合いを重ねている。	事業所の近隣に公共施設等の高い建物が無く、地域的に整備されていない状況なので、民間企業へ緊急避難できるような働きかけを行うなどの取組みに期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者一人ひとりの表情や言動等から感情を読み取り、個々にあった声掛け・対応を行うよう努めている。利用者が不快を感じるような声掛け・対応を行う職員がいた時は、本人と面談を行い注意喚起をしている。また、会議や勉強会で接遇について話す機会を設けている。	接遇委員会が中心となり、尊厳やプライバシーに配慮した言葉かけ、接遇方法を社内研修で研鑽し、理解を深めて実践に繋げている。職員同士、日々の会話の中で気付きがあれば、その都度ミーティング等で確認したり、管理者が職員一人ひとり個別に面談し気づきを促し、ケアに繋げている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者自身が自己決定できるような支援を心掛けている。意思疎通困難な利用者に対しても、クローズドクエスションを用いたり、本人の表情から読み取ったりして自己決定を促すよう努めている。また、日々の関わりから本人の思いや希望を抽出できるようなコミュニケーションを心掛けている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	業務優先の流れになりやすいが、一人ひとりのペースを大切にし、本人の好きなように過ごしてもらっている。おおまかな一日のタイムスケジュールはあるが、無理強いはせず、臨機応変に本人のペースで生活してもらっている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	朝の整容時にはスプレーを使用し髪型を整えたり、入浴後には女性利用者に対し、化粧水・乳液を使用し、肌の調子を整えてもらっている。男性利用者には毎日の髭剃りを促している。また、女性利用者には化粧をする機会を設け、気分転換を図ってもらっている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と共に会話をしながら食事をしている。また、下膳やお茶汲み、食器拭き、テーブル拭き等も手伝ってもらっている。また、週1回、買い出しの日を設け、一緒に買い物に出掛けたり、外食レクを企画し、利用者の食べたい物を食べに行ったりしている。	季節に合わせ行事食を提供し、利用者の希望に応じて、お寿司や大岩のそうめんなどの外食に出かける機会を作っている。また、月1回手作りおやつなどで季節感や嗜好を勘案して提供している。誕生日には手作りケーキをつくりお祝いしている。地域の方からいただく新鮮な野菜や畑で収穫した野菜などを利用者の方と一緒に調理するなど、食事が楽しみになるよう工夫している。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個々に適した食事量、食事形態での提供を行っている。食事量、水分量、咀嚼・嚥下状態を常に気かけ、食事量の少ない利用者には栄養補助食品や本人の好きな物を提供し、水分量が少ない利用者には本人が好きな飲み物やゼリーを提供し、栄養や水分確保できるようにしている。また、咀嚼・嚥下状態の悪い利用者には食事形態の見直しを行い、安全に摂取できるようにしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを行っている。個々の状態に応じ、適した物を使用し、声掛け、見守り、介助を行っている。義歯は毎日夕食後に預かり、除菌・洗浄を行っている。必要時は時間をかけ、口腔内確認を行うと共に、口腔内をしっかりとケアしている。		

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容	
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	専門業者とオムツフィッターの資格を有する職員が中心となり、勉強会を行ったり、メーカーを固定せず、個々に適したパンツやパッドを選定使用し、本人の状態、能力に応じ、都度見直しを行っている。 立位困難な利用者も2人介助を行い、トイレでの排泄を行っている。また、尿得意曖昧な利用者は随時トイレ誘導を行っている。	利用者一人ひとりの状態や能力に応じてトイレでの排泄を目指して、利用者の行動を分析し、どのようなタイミングでトイレ誘導を行うかスタッフ間で情報共有し実践に繋げている。また、オムツフィッターの資格を有する職員が中心となり、個々の利用者の方に合った紙パンツやパッドを選定し状況に合ったオムツが提供されている。また、便秘の解消に向け、冷たい牛乳や食物繊維の摂取など工夫を凝らし対応している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便チェック表や排便コントロール表を活用している。 利用者の水分摂取量を把握し、少ない利用者には本人が好む飲み物やゼリーでの摂取を促している。また、腹部マッサージを行ったり、食物繊維、牛乳等を摂取してもらい、便秘予防に努めている。 家族や医師、薬剤師とも連絡を取り、相談を行っている。			
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	基本は午前中に入浴を行っているが、本人が午後から希望した時は状況に応じ対応している。 曜日も固定せず、本人の希望に沿うようにしている。 本人のプライバシーへの配慮を心掛け、個々に応じてつかず離れずの見守りを行っている。また、声掛けをし、会話を楽しみながらの入浴も心掛けている。	最低週2回を目安としながらも、その日その日の利用者の要望や体調に合わせ、毎日入浴できる状況は確保されている。歩行状態や体調に合わせ、一般浴、リフト浴と柔軟に対応し、入浴中は職員とマンツーマンでゆっくり入浴できるような配慮がなされている。季節に合わせてゆずを使用したり入浴剤を使うことで香りを楽しむ機会を提供している。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	居室掃除やシーツ交換、温度・湿度調整等を行い、気持ちよく休めるような環境作りを心掛けている。また、夏場は熱気がこもらないように、上布団の掛け方にも配慮している。			
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬情を個人カルテに挟み、いつでも確認できるようにしている。処方の変更になった時は、ケア記録に残したり、申し送りをして職員に周知している。また、薬剤師と連携を図り、わからない事や困った事があれば相談している。 服薬困難な時は、都度、対応を考えたり、薬剤師や医師の指示に従って支援している。			
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	本人の能力、趣味、特技等からできる事を見つけ、役割を持ってもらうよう支援している。また、家族からも情報収集を行い、一つでも本人のできる事を見つけられるように努めている。 季節に応じた行事や外出レク、ドライブ等を行い気分転換を図ってもらえるようにしている。			
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	天気がいい日は周辺の散歩やドライブに出掛けしている。施設内に閉じこもらない事を心掛け、買い物や外食、外出の機会を設けている。また、季節に応じた外出を企画し、地域の祭りやマラソン応援、花見、花火観賞等も行っている。年に1度は遠出の外出も行っている。	環境委員会が中心となって年間行事計画を作成。季節ごとにお花見、紅葉狩り、遠足など企画し、日常生活とは違う楽しみが提供されている。また、天気の良い日はアドリブケアと称し、ドライブや近隣へ散歩、買物や外食など利用者の希望や要望に合わせ、柔軟に対応している。地域で開催されるお祭りなどへ利用者と一緒に見学に出かけるなど、楽しみや生きがい作りに繋げている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	家族よりお金を預かり、ホームで管理している。買い物や外出の際は可能な限り見守りのもと本人が支払いできるように支援している。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	利用者から電話要求がある時は、状況に応じ、家族への電話を取り次いでいる。 年末には利用者から家族へ年賀状を書いてもらうよう支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節感を感じられるよう壁の装飾を行っている。装飾品を作成する際は、利用者にも手伝ってもらっている。 また、温度や湿度に気を配り、適宜、換気、除湿、加湿等を行い、心地よい空間を作れるよう意識している。	共用空間は、季節に合わせた花が飾られ、利用者と一緒に作成した作品が飾られたり、外出時の写真などが廊下に掲示されている。ユニットごとの仕切りが無く利用者が思い思いの場所で過ごせ、キッチンからは食事の支度の音や匂いがしている。適所にソファやイスが配置され、光彩や温度・湿度・臭い等にも配慮されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	利用者の相性を把握し、気の合う者同士過ごせるよう座席配置を考えている。また、テーブル席だけではなく、くつろげるようソファを置いてある。隣接ユニットに気の合う者がいる時は、自由に行き来できるようにしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人が慣れ親しんだものを持ってきていただくよう入所時には家族に説明している。 壁に写真を貼ったり、自分が使い慣れているタンスや布団を持参されたり、昔のアルバムを持参されたりしている。 極力制限をせずに個人が心地よく過ごせる環境が作れるよう心掛けている。	各居室には、本人の使い慣れた家具や家族の写真や趣味で作った貼り絵などが個性豊かに飾られている。亡き家族へのお参りが行えるよう仏具を用意されていたり、その人らしさを大切に、安心して過ごせるような空間が作られ、家族や面会者がくつろげるようなお部屋作りがなされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	手摺りの設置や動線の確保、本人のADL状態の把握に努め、安全かつ自立した生活を送れるよう支援している。		

## 2 目標達成計画

事業所名 グループホーム黒部

作成日: 令和 元年 9 月 21 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	6	身体拘束廃止について口頭での注意喚起が多く、議事録が整備されていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・勉強会の開催</li> <li>・議事録の作成、回覧</li> <li>・職員への周知</li> </ul>	定期的に勉強会を行い、議事録を作成し、欠席した職員にもわかるように回覧する	3ヶ月
2	23	記録の内容が薄く、どこに何が書いてあるかわからない	いつ何があったかすぐにわかるような記録にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録用紙の見直し</li> <li>・記入内容の見直し</li> <li>・本人の発した言葉、家族の要望や意見等を色分けし記録する</li> </ul>	3ヶ月
3	26	モニタリング開催の記録が整備されていない	モニタリング開催時は、当ホームの様式を使用し記録する	・ケアマネ、計画作成担当者が中心となり、定期的にモニタリングを開催し記録に残す	6ヶ月
4	35	災害時の避難場所がない	避難場所の確保	近隣の民間企業へ緊急避難できるよう働きかけをする	3ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。